

健康保険出産手当金請求書 (第 ○ 回)

* 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合、備考欄にマイナンバーを記載してください。
(その場合、マイナンバー確認書類の添付必要、被保険者証の記号番号は記載不要)

右枠内の①・②を確認の上、確認欄口に レ点(チェック)を記入してください		確認欄	この申請については、①又は②の要件を満たしたものである。	
		(チェック)	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。	
被保険者証の記号番号	記号 ×××	番号 ×××××	フリガナ ケンボ サクラ	被保険者氏名 健保 さくら
事業所名(所属部署)	日本たばこ産業(株)○○○部			
出産前の請求の場合	出産予定日	令和	年	月 日
出産後の請求の場合	出産予定日	平成・令和	年	××月××日
出産日	平成	令和	年	××月××日
単胎・多胎の別	● 単胎 () 多胎 () 児			
※出産のため休んだ期間(請求期間)	平成・令和××年 2月20日 から 平成(令和)××年 5月30日 ××日間			
①「※」期間の報酬を受けましたか	● 受けた () 受けない () 受けられる () 受けられない ()			
「①」で『受けた』の場合、その報酬額とその報酬支払の基礎となった期間	平成・令和××年 2月20日から平成(令和)××年 4月20日 まで 30,000円			
個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する方	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (*委任する方は口にレ点を付けてください。)			
在職者の方は、受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領を事業主(代理人)に委任します。 令和 ××年 5月 25日 被保険者氏名 健保 さくら			
退職後の方は、振込先金融機関	銀行 支店 口座番号 金庫 出張所 <input type="checkbox"/> 普通・当座 信用組合 支所 <input type="checkbox"/> 口座名義(カタカナ)			
	*被保険者名義以外の口座に振込を希望する場合、本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 代理人の住所 電話番号 () 氏名			
上記のとおり申請します。	令和 ××年 5月 25日 住所 ○○市○○区△△町2-1 ジェイティ健康保険組合 理事長 殿 被保険者(請求者) 電話番号 ×××(×××)0000 氏名 健保 さくら			

☆被保険者証の記号番号を選択した場合は、今までと同様の手続きで可能となります。
(注)個人番号および本人の確認をするための添付書類は不要です。

※個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する方は、口にレ点にご記入下さい。

在職者の方は、給付金を事業主経由で支払いますので、受取代理人の欄にご記入下さい。

退職後(退職予定)の方は、給付金の振込先金融機関をご記入下さい。
なお、被保険者名義以外の口座に振込を希望する場合には、委任欄のご記入が必要となります。

備考欄

(注)個人番号を記載した場合は、個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要です。

※被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する方は、個人番号(12ケタ)をご記入下さい。

(注)個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要です。

支払日付印

健保受付日付印